

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護（共用型）

重要事項説明書（ぽれぽれ登美ヶ丘）

年 月 日

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の提供開始にあたり、「利用者」と及び「身元引受人」、「事業者」は、以下の条項に基づく重要事項説明書の内容と別紙にある個人情報利用等同意書に合意し、本重要事項説明書2通を作成、記名の上、各自その1通を保有します。

利用者（契約者） 住所 _____

氏名 _____

身元引受人 住所 _____

氏名（続柄） _____

署名代行人 住所 _____

氏名（続柄） _____

事業者 住所 奈良市登美ヶ丘二丁目2番15号

事業者名 株式会社ひまわりの会

代表者名 酒 井 建 次

説明者 事業所名 ぽれぽれ登美ヶ丘

説明者氏名 _____

この重要事項説明書は、ご利用者が、介護サービスを受けられるに際し、予めご利用者やそのご家族に対し、当事業所の運営規程の概要や従事者などの勤務体制、その他のご利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。ご利用者にこの文書を交付して、ご説明申しあげることが、事業者の義務として法令上規定されております。

1. 当社が提供するサービスについての相談・苦情受付窓口

電話番号 0742-30-5103
担当窓口 鳥井 達（月～土 午前9時～午後5時）

2. 事業の目的

この事業は、株式会社ひまわりの会が行う認知症対応型通所介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、介護の状態にある高齢者に対し、ひとりひとりゆっくりと穏やかに生活していただけるよう適正な介護サービスを提供することを事業の目的とする。

3. 運営方針

- (1) 「尽道楽生」～ゆっくり、楽しく、一緒に～の理念のもと「笑い」と「穏やかな生活」を常に求め、ひとりひとりの尊厳を大切にしてお世話をさせていただきます。
- (2) 家庭的な環境のもとで日常生活上のお世話及び生活リハビリテーションを行い、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。
- (3) 健康維持のため健康管理に努め、協力医療機関との連携を密にします。
- (4) 自然との触れ合いを大切にします。
- (5) 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 事業所の概要

事業所の名称	ぽれぽれ登美ヶ丘
指定事業所番号	2970102576
事業所の所在地	〒631-0004 奈良市登美ヶ丘二丁目2番15号
管理者	鳥井 達
電話番号	0742-30-5104
FAX番号	0742-43-1247
サービスを提供する地域	奈良市（田原、柳生、大柳生、東里、狭川、都祁、月ヶ瀬を除く）の区域とする。

5. 施設の概要

建 物	構造	鉄筋コンクリート2階建	
	床面積	579.62㎡（全館）	
利用定員		3名（介護給付者を含む）	
設 備	リビング	1室（オープンキッチン付）	
	浴 室	1室（リフト付）	
	便 所	1カ所	
	機能訓練室	1室（リビング兼）	
	厨房	1室	

6. 職員体制（主たる職員）

	常勤		非常勤		合計
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			1
介護福祉士	1以上	1以上	1以上	1以上	4以上
初任者研修・実務者研修修了者等	1以上		1以上		2以上
その他			1以上		1以上

7. サービスの内容

提供時間	午前9時15分～午後4時30分 なお、延長のご利用についてはご相談下さい。	
送 迎	奈良市（田原、柳生、大柳生、東里、狭川、都祁、月ヶ瀬を除く）の区域とする。	
食 事	温かい食事を提供します。	
入 浴	身体状況を確認しながら、適切な方法で入浴をしていただき、ご自分でできることを増やしていくようお手伝いいたします。	
生活リハビリ	行事・レクリエーションを楽しみながら機能回復を目指します。	
行事・レクリエーション	外出レクリエーションや散歩で自然に触れていただきます。 趣味・娯楽等で楽しんでいただきます。	
健康管理	入浴前のバイタルチェック実施。 緊急等必要な場合は、協力医療機関へ受診いただきます。	
協力医療機関	① 松下クリニック 奈良市登美ヶ丘二丁目5番21号 ☎0742-48-6022 ② 西奈良中央病院 奈良市鶴舞西町1番15号 ☎0742-43-3333 ③ YAS デンタルクリニック 奈良市登美ヶ丘2丁目2番17号 ☎0742-48-0181	
相談及び援助	ご利用者及びそのご家族から福祉、医療、保険等の相談についても誠意をもって応じ、可能な限り援助を行うように努めます。	

8. 利用料

(1)、(2) 保険対象費用の自己負担分となります。負担割合は1割または一定以上の所得がある場合は、介護保険負担割合証に応じた額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

(1) サービス利用料 (7～8時間)

① 要介護 (一例)

1日あたり	単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)
要介護1	5 2 3	541円	1,081円
要介護2	5 4 2	560円	1,120円
要介護3	5 6 0	579円	1,157円
要介護4	5 7 8	597円	1,194円
要介護5	5 9 8	618円	1,236円

② 要支援 (一例)

1回あたり	単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)
要支援1	484	500円	1,000円
要支援2	513	530円	1,060円

* 上記金額は地域加算(10.33)を乗じた額

(2) 加算

ご利用される方の様態、状況に応じて下記の加算が算定される場合があります。

① 要介護

加算名		単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)
サービス提供体制加算Ⅰ	回	2 2	2 3円	4 6円
サービス提供体制加算Ⅱ	回	1 8	1 9円	3 7円
サービス提供体制加算Ⅲ	回	6	7円	1 3円
入浴介助加算Ⅰ	日	4 0	4 2円	8 3円
入浴介助加算Ⅱ	日	5 5	5 7円	1 1 4円
個別機能訓練加算Ⅰ	日	2 7	2 8円	5 6円
個別機能訓練加算Ⅱ	日	2 0	2 1円	4 2円
若年性認知症利用者受入加算	日	6 0	6 2円	1 2 4円
生活機能向上連携加算Ⅰ	月	1 0 0	1 0 4円	2 0 7円
生活機能向上連携加算Ⅱ	月	2 0 0	2 0 7円	4 1 4円
栄養アセスメント加算	月	5 0	5 2円	1 0 4円
栄養改善加算(月2回を限度)	回	2 0 0	2 0 7円	4 1 4円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	回	2 0	2 1円	4 2円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	回	5	6円	1 1円

口腔機能向上加算Ⅰ(月2回を限度)	回	150	155円	310円
口腔機能向上加算Ⅱ(月2回を限度)	回	160	166円	331円
科学的介護推進体制加算	月	40	42円	83円
同一建物減算	日	-94	-98円	-195円
送迎減算	片道	-47	-49円	-97円
感染症災害3%加算	所定単位数の3%			

② 要支援

加算名		単位	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)
サービス提供体制加算Ⅰ	回	22	23円	46円
サービス提供体制加算Ⅱ	回	18	19円	37円
サービス提供体制加算Ⅲ	回	6	7円	13円
入浴介助加算Ⅰ	日	40	42円	83円
入浴介助加算Ⅱ	日	55	57円	114円
個別機能訓練加算Ⅰ	日	27	28円	56円
個別機能訓練加算Ⅱ	日	20	21円	42円
若年性認知症利用者受入加算	日	60	62円	124円
生活機能向上連携加算Ⅰ	月	100	104円	207円
生活機能向上連携加算Ⅱ	月	200	207円	414円
栄養改善加算	月	200	207円	414円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	回	20	21円	42円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	回	5	6円	11円
口腔機能向上加算Ⅰ	月	150	155円	310円
口腔機能向上加算Ⅱ	月	160	166円	331円
科学的介護推進体制加算	月	40	42円	83円
同一建物減算	日	-94	-98円	-195円
送迎減算	片道	-47	-49円	-97円
感染症災害3%加算	所定単位数の3%			

上記金額は地域加算(10.33)を乗じた額

(3) 実費

		利用料金
昼食費(おやつ込み)		870円(非課税)
介護食(きざみ・ミキサー・トロミ)		昼食一食につきプラス100円(非課税) 朝食・夕食は110円(税込)
教養娯楽費		300円(非課税)
おむつ代	尿とりパット	50円(非課税)
	フラット	70円(非課税)
	パンツタイプ	130円(非課税)

	テープタイプ	1 7 0 円（非課税）
給付対象外利用基本料（1 5 分）		8 0 0 円（非課税）
キャンセル料		8 7 0 円（非課税）
朝食代		4 2 9 円（税 込）
夕食代		9 2 4 円（税 込）
実施区域外送迎料	実施区域を超えてから 1 0 0 円/km（非課税）	

＊上記の他、理美容代、外食・喫茶・入場料・駐車料等は実費をいただきます。

9. サービスの中止

- （１） 利用予定日の前に、ご利用者の都合でサービスを中止する場合は、前日 1 7 時まで申し出てください。
- （２） 前日の 1 7 時以降のサービス中止は、キャンセル料 8 7 0 円（非課税）を申し受けます。但し、日程変更の場合はこの限りではありません。

1 0. ご利用料の支払い方法

毎月 1 0 日頃に前月分のご請求をさせていただきます。

- 南都銀行・ゆうちょ銀行の自動引落とさせていただきます。どちらの支店でも結構です。

所定の用紙を別途お渡しします。毎月 1 8 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に自動引落させていただきます。

- やむを得ない事情がある方のみ下記へ 2 0 日迄にお振込み下さい。

振込先：南都銀行 学園前支店 普通預金 口座番号 0 7 3 3 0 9 5

口座名義人 株式会社ひまわりの会 代表取締役 酒井建次

1 1. サービスの利用方法

（１） サービスの利用開始

お問い合わせ	・ ・ お電話でご相談
利用申込み	・ ・ 利用申込書をご提出
健康診断書	・ ・ ご利用者の健康診断書をご提出
面 談	・ ・ ご利用者に面談
ご 契 約	・ ・ 契約書に署名
ご利用開始	・ ・ サービスの提供を開始

（２） サービスの終了

① ご利用者からサービスを終了する場合

ア. サービス終了を希望する日の 1 カ月前までに文書でお申し出下さい。

イ. 次の場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 守秘義務に反した場合

- ・ ご利用者またはご家族などに社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 当社が破産した場合

② 当社からサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1カ月前までに文書で通知いたします。

- ・ ご利用者がサービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1週間以内に支払われない場合
- ・ ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・ ご利用者が入院もしくは病気等により、3カ月以上にわたってサービスが利用できない状態が明らかになった場合
- ・ 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となったとき
- ・ ご利用者またはご家族の方等が事業所やその従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

③ 自動的に終了する場合

- ・ ご利用者が介護福祉施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立等）と認定された場合
但し、条件を変更して再度ご契約可能な場合がありますのでご相談下さい。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合

1 2. 緊急時の対応方法

- (1) サービスの提供中にご利用者の容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、ご家族、主治医、救急隊、医療機関、居宅介護支援事業者などに連絡します。
- (2) 利用中の体調の変化には職員が十分な注意を払いますが、健康状態について、留意すべき点があれば事前に申し出をお願いします。また利用中に気分が悪くなった場合には申し出をお願いします。
- (3) 送迎時やサービス提供中に 37.5 度以上の発熱、嘔吐・下痢等、感染症が疑われる症状が発生した場合、送迎・サービスを中断しご帰宅いただくことがあります。

1 3. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置や医療機関への連絡等の必要な措置を講ずるとともに、身元引受人に連絡を行います。また、必要に応じて市町村に報告します。

事故の発生によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、相当因果関係の範囲内の損害を賠償いたします。

ご利用者・身元引受人においては、医療機関が保険会社に利用者の個人情報を提供することの同意と診断書の取得手続きについてご協力ください。

1 4. 非常災害対策

非常時対応 : 消防計画により対応を行います。
 防火責任者 : 鳥井 達
 訓 練 : 年 2 回 防火訓練・救出訓練を行います。

1 5. 感染症・自然災害発生時の対応

ご利用者の事業所において新型コロナウイルス等の感染症や地震・風水害等の自然災害が発生した際は、サービス提供を中断する、または休む場合があります。

1 6. ご利用の際に留意いただく事項

医療機関の受診	原則的には協力病医院にて受診いただきます。 なお、ご家族とご相談の上、かかりつけ医での受診も可能です。
居室・設備・器具	居室・設備・器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用で万が一破損した場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等其他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	当事業所にて管理させていただきます。従って、所持品全てにお名前をご記入下さい。
貴重品の管理	紛失等考えられますので持ち込まないようお願いします。
宗教・政治活動	他のご利用者への活動はご遠慮下さい。
動物の持ち込み	施設内のペットの持ち込みはお断りします。
ボランティア・実習生の受入れ	アクティビティにボランティアが参加することがあります。また、外部実習生を受入れることがあります。
成年後見制度	必要に応じて説明させていただきます。
運営推進会議の参加	様々な情報共有を行う為、6ヶ月に1度、運営推進会議を開催しておりますので、ご家族のご参加をお願いします。

1 7. 虐待の防止

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止の為に、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律第 124 号）」を遵守します。ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。

1 9. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	2	なし		

20. 記サービス実施の記録と事業計画の閲覧について

- (1) 事業者は、介護計画及びサービスに関する記録をそのサービスを提供した日から5年間保存します。
- (2) ご利用者は事業者の営業時間内にその事業所において、事業計画を閲覧できます。

21. サービス内容に関する苦情

株式会社ひまわりの会 苦情・相談受付窓口(本部)

電話 0120-532-315

奈良県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談苦情窓口

電話 0120-21-6899

奈良市福祉部介護福祉課

電話 0742-34-5422

奈良市福祉部福祉政策課

電話 0742-34-5196

(別紙)

個人情報利用等同意書

私及び私の家族は、貴社が私及び私の家族の個人情報を以下のとおり取得、利用及び第三者に提供することに同意します。

記

1 取得する個人情報

- ① 氏名、住所、性別、生年月日、電話番号、メールアドレスなどの本人確認に関する情報
- ② 顔画像等の特定の個人を識別することができる情報
- ③ 健康情報、病歴、障害に関する情報
- ④ 金融機関口座に関する情報、決済及びその方法に関する情報
- ⑤ その他貴社への問合せ、ご連絡に関する情報

2 利用目的

- ① サービス提供のため。
- ② サービスの提供に伴い発生した会計・経理に関する業務、入退所等の管理及び事故の報告等のため。
- ③ 貴社が、利用者の利用する他の事業者の担当者との間で担当者会議を行い、情報を共有するため。
- ④ 支援事業所等との連携及び連絡調整のため。
- ⑤ サービス提供中に病院に行ったときに、医師・看護師等医療関係者に説明するため。
- ⑥ 損害賠償保険などに係る保険会社等へ相談又は届出等を行うため。
- ⑦ 利用の有無、利用時の様子に関し家族への状況を説明するため。
- ⑧ 上記各号にかかわらず、緊急を要する際に家族への連絡を行うため。
- ⑨ その他上記目的に付随する業務を行うため。

3 個人情報の第三者提供

上記2記載のうち③～⑨までの目的で第三者に個人情報を提供する。

以上